

Informe médico

Este Formato deberá ser llenado y firmado por el Médico tratante, con letra legible.

Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Asegurado Afectado																			
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre(s)											
Indicar antecedentes personales patológicos (aunque no tenga relación con el padecimiento actual) Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas																			
Indicar Antecedentes Patológicos Traumáticos (aunque no tenga relación con el padecimiento actual)																			
☐ Tobillo ☐ Columna ☐ Otros (especificar) _____ ☐ Rodilla ☐ Fracturas Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas _____																			
Padecimiento actual																			
Fecha de inicio del padecimiento			día mes año			Fecha primera consulta			día mes año			Número de consultas subsecuentes	Fecha primeros estudios auxiliares			día mes año			
Describa el cuadro clínico										¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)									
Diagnóstico definitivo																			
Tratamiento y/o intervención quirúrgica																			
										Fecha de Intervención Quirúrgica.		día mes año							
Diagnóstico postoperatorio																			
En caso de pérdidas orgánicas especificar																			
En caso de indemnización diaria, indique fecha de inicio y terminación de la incapacidad (día/mes/año)										Inicio:		Terminación:		Número de días de incapacidad					

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

¿Existe algún antecedente personal patológico relevante relacionado o que haya exacerbado el padecimiento actual?		☐ Sí Describe ☐ No	
¿Toma o tomó algún medicamento?			
☐ Sí ☐ No Indicarlos			
¿Está actualmente bajo algún medicamento? Mencione medicamento y/o tratamiento llevado			
Plan de tratamiento			
Nombre y parentesco de la persona de quien obtuvo la información			
En caso de muerte			
Concepto		Especificación de la causa o enfermedad	
Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte			
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte			
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad o causa principal			
Otros estados patológicos que no tuvieron			
Hospital en que se atendió/hospitalizó			Nombre del Médico
Especialidad		Dirección	
Teléfono	R.F.C.	letras año mes día homoclave*	Firma
Como médico tratante autorizo a los hospitales y médicos que han tratado al paciente a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., todos los informes que se refieran a la salud y sus antecedentes médicos, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía. Este documento no se acepta con tachaduras, enmendaduras; de lo ya declarado en el mismo no se aceptan cambios posteriores. Datos Personales: Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.			

**En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para el Ciudad de México,
al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx**